Sintomi: sono richieste di aiuto e cura

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

«E' vero che i sintomi della menopausa, come le caldane o le tachicardie, fanno male? Non è un "passaggio" naturale? È proprio necessario sopperire con cure ormonali? Ho paura del tumore al seno...»: questo dicono ancora molte donne.

Torno sul tema perché la questione «i sintomi fanno male» indica un errore di fondo, trasversale, che merita riflessioni condivise. E riprendo il tema menopausa, perché in Italia oltre sedici milioni di donne hanno superato la fatidica età dei 50 anni e della menopausa, con un carico di patologie molto pesanti. Si è allungata la vita media, l'aspettativa di vita, è vero, ma non si è affatto allungata l'aspettativa di salute, anzi, per cui ci aspetta un lungo autunno malato, che oggi può superare i vent'anni.

Punto chiave: non sono i sintomi che fanno male. Non confondiamo le conseguenze con le cause. I sintomi, in ogni fase della vita, dall'infanzia alla vecchiaia, sono sempre grida d'aiuto con cui il corpo ci richiede attenzione e cura. Nello specifico, i sintomi che compaiono durante e dopo la menopausa sono la punta dell'iceberg dei danni biologici che la perdita di ormoni sessuali (estrogeni e progesterone, causata dalla rimozione o dall'esaurimento delle ovaie, e testosterone e DHEA, per la loro ridotta produzione dai vent'anni in poi) causa in quasi tutte le donne.

I sintomi possono presentarsi con varia intensità e tempismo, rispetto all'ultima mestruazione, con quattro gruppi di vulnerabilità, che interessano ciascuno all'incirca il 25% delle donne, con variazioni a seconda del sintomo considerato. In pratica, il 25% delle donne ha sintomi intensi e invalidanti, a cavallo della menopausa: vale per le vampate, l'insonnia, la depressione e l'ansia, le difficoltà di concentrazione e la perdita di memoria, l'ipertensione, i dolori articolari, i sintomi genitali; il 25% ha sintomi molto precoci rispetto all'ultima mestruazione, che possono iniziare anche 10-11 anni prima della menopausa, con varia intensità; il 25% ha sintomi più tardivi che compaiono dopo l'ultimo ciclo, spesso molto severi. Quindi circa il 70-75% delle donne ha sintomi medi o gravi, che durano in media 7 anni, con un gruppo del 5-10% che li ha per tutta la vita. Il 25% circa ha invece pochi sintomi, di minima intensità, anni dopo l'ultimo ciclo, per almeno quattro ragioni: 1) una persistente, buona produzione residua di testosterone e DHEA da parte di ovaie e surreni. Alcune di loro hanno poi sintomi lievi verso i 60-65 anni, quando la produzione ovarica è davvero esaurita e quella surrenalica è molto ridotta; 2) una minore sensibilità di cellule e tessuti alla carenza ormonale: una fortuna, con buona componente genetica; 3) stili di vita sani, che ottimizzano il profilo di salute, inclusa l'attività fisica aerobica moderata; 4) poco stress fisico e psichico, e buona serenità di vita.

In sintesi: il sintomo ci dice che sono iniziati un problema di salute o una franca patologia, che meritano di essere diagnosticati e curati. Se la causa dei sintomi, nello specifico, è la carenza ormonale di estrogeni, progesterone e testosterone, la risposta è chiara. In assenza di controindicazioni, va fatta la terapia ormonale sostitutiva (TOS), come per tutte le ghiandole endocrine, se vengono asportate o si esauriscono. In Italia usa la TOS solo il 5,3% delle donne, quando il 70% ha sintomi e patologie medio-gravi causati dalla carenza ormonale.

«Ma io ho paura del tumore al seno!», dicono molte donne, «e la TOS non la voglio». Diremmo:

«Contenta lei», se la donna con diabete insulino-dipendente rifiutasse l'insulina "per paura"? O ci impegneremmo per informarla meglio e curarla bene? Purtroppo, la memoria avversiva anti-estrogeni, scatenata dallo studio americano Women's Health Initiative (WHI, 2002), mantiene viva la paura dei tumori al seno nella mente delle donne e di troppi medici.

Tre riflessioni: 1) l'analisi statistica di quello studio era incompleta e, una volta rivista, ha dimostrato che le conclusioni sull'aumentato rischio di tumori al seno NON erano significative e quindi NON erano vere; 2) le conclusioni di quello studio, condotto usando estrogeni coniugati equini e medrossiprogesterone acetato (MAP), un progestinico che non usiamo più, sono state generalizzate a tutti i tipi di TOS, inclusi quelle a base di ormoni bioidentici. Errore madornale, come dire: «Se un antibiotico ha causato un problema, tutti gli antibiotici vanno demonizzati e buttati»; 3) in Italia il 33,4% delle donne muore di infarto o ictus, il 25% per le conseguenze delle fratture da osteoporosi, il 7,5% di Alzheimer: di fatto, il 65% circa muore di patologie molto ridotte da una TOS tempestiva, mentre muore di tumore al seno il 2% delle donne (dati ISTAT). Perché non ascoltare con cura i sintomi e non ridare al corpo gli ormoni perduti con la menopausa, uniti a buoni stili di vita?